ITEM 268 : REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN DE L'ENFANT

RGO = passage involontaire du contenu gastrique vers l'œsophage
- Habituellement **physiologique** : survenue quotidienne de régurgitations habituelle chez le nourrisson (surtout au cours des 1er mois de vie), liées à la quantité de liquide ingérée et à l'incompétence fonctionnelle du dispositif anti-reflux, disparaissant avant l'âge de **1 an** (alimentation solide, maturation fonctionnelle du sphincter inférieure de l'œsophage)
- Facteurs de risque de **RGO pathologique** : encéphalopathie, suites d'interventions pour atrésie de l'œsophage, sténose du pylore, hernie diaphragmatique congénitale

Physiopathologie

= **Inefficacité du dispositif anti-reflux fonctionnel** (SIO) et **anatomique** (raccordement cardio-tubérositaire, anneau musculo-fibreux, amarrage phréno-œsophagien, pression abdominale)

Mécanismes principaux	- **Relaxations inappropriées transitoires du SIO** : épisodes ≥ 5 sec, indépendants de la déglutition - **Hypotonie ± permanente du SIO**
Autres facteurs	- **Inadéquation entre volume gastrique et quantité de lait absorbées** : volume **> 120 ml/kg/j** - **Retard à la vidange gastrique** : repas de densité calorique élevée, riche en graisse - **Augmentation de la pression intra-abdominale** - Anatomique : **malposition cardio-tubérositaire** (ouverture de l'angle de His, hernie hiatale)
Complications	= Liées à l'abondance du RGO, son pH, le niveau atteint dans l'œsophage, la protection des voies aériennes, la capacité de réparation de la muqueuse et la maturation neurologique

Diagnostic

C

- **RGO physiologique** (à tout âge) = **régurgitations banales**, se réduisant avec l'âge ➝ chez 2/3 des enfants de **4-5 mois**, puis diminue rapidement jusqu'à 1/4 des enfants de **6 à 7 mois**, puis < 5% des enfant de **1 an**
- **RGO pathologique** = avec **conséquences somatiques** : **œsophagite, manifestations extra-digestives, malaises**…

➝ Les explorations paracliniques sont indispensables pour identifier un RGO acide pathologique, justifiant d'un traitement par IPP (sauf en cas de pyrosis de l'enfant, de diagnostic clinique)

Régurgitations		= Expulsions soudaines, sans effort, d'une petite quantité de liquide gastrique alimentaire par la bouche : spontanée ou contemporaine d'une éructation - Terrain : jeune nourrisson (non-acquisition de la position assise) - Horaire : rejets per- ou post-prandiaux - Facteurs favorisants : changements de position, alimentation liquidienne
	DD	**- Vomissements** : accompagné de contractions musculaires ou abdominales ➝ Des vomissements peuvent parfois accompagner les régurgitations
	CAT	- Eliminer une **suralimentation** (< 6 mois) - Après l'âge de la marche : évoquer un autre diagnostic (**mérycisme, achalasie**)
Pyrosis		- Seulement chez l'enfant capable de l'exprimer : diagnostic clinique de RGO
Œsophagite		- **Refus du biberon** après quelques succions - **Pleurs/agitation** dans la période per-prandiale ou au cours du sommeil - **Retentissement tardif sur la prise pondérale** - **Hématémèse** exceptionnelle chez l'enfant
	DD	- **Sténose du pylore** (chez le jeune nourrisson)
	CAT	- **Fibroscopie œso-gastro-duodénale** indispensable
Manifestations ORL et respiratoires		- ORL : - **Dyspnée laryngée** - **Dysphonie** ± **Erosions dentaires** - Respiratoires (RGO rarement en cause) : - **Toux chronique** (nocturne ++) - **Bronchiolite** ou **pneumonie récidivante** ➝ Un **asthme**, des **otites** ou **rhinopharyngites récidivante** ou un **érythème du larynx** n'orientent pas spécifiquement vers un RGO pathologique
Malaise		- Forme typique : **perte de contact** avec **pâleur** et **cyanose**, **hypotonie**, et parfois **apnées** et/ou **bradycardie** ➝ Difficile à relier avec certitude à un RGO pathologique

Diagnostic	PC	**pH-métrie œsophagienne des 24h**	= Examen de référence pour le diagnostic de RGO acide : - Réalisé au moins sur 18h, contrôle de la position de la sonde (3 cm au-dessus du cardia) - **% de temps** avec un **pH œsophagien < 4** : - RGO inhabituel si **5%** - RGO franchement pathologique si **> 10%** - Analyse qualitative : **périodes de reflux, concordances avec des symptômes** ➔ Un résultat anormal n'est pas la preuve d'une relation causale entre le RGO et l'événement, sauf en cas de concordance temporelle nette (rare)
		Fibroscopie œsogastro-duodénale	- Examen de référence pour le diagnostic d'**œsophagite peptique ulcérée** ➔ La confirmation du diagnostic témoigne d'un RGO (pH-métrie inutile) ➔ L'absence de signe d'œsophagite ne permet pas d'éliminer le diagnostic de RGO - Evaluation anatomique : **hernie hiatale** - Diagnostic d'autres causes d'œsophagite : **infectieuse, allergique**
		Autres	- **Transit œso-gastro-duodénal** : recherche d'une anomalie morphologique du tractus digestif supérieur (malrotation intestinale, hernie hiatale par glissement, arcs vasculaires anormaux) ➔ indiqué en cas de RGO résistant au traitement et en 2nd intention - **Manométrie œsophagienne** : recherche d'anomalies de la motricité œsophagienne ou d'une cause non anatomique d'échec de traitement - **Echographie œsophagienne** (intérêt discuté) : appréciation de l'anatomie de l'œsophage intra-abdominal et de la présence d'un reflux - **Impédancemétrie** : exploration des RGO acides et non acides (> 50% des RGO)
		Indications	- Aucun examen : RGO avec manifestations digestives typiques non compliqué - **pH-métrie œsophagienne** : - RGO non cliniquement évident, manifestations extra-digestives - Analyse de la relation entre RGO et signes observés - Evaluation de l'efficacité du traitement en cas d'échec - **Fibroscopie œsogastroduodénale** : recherche d'une œsophagite ou anomalie anatomique - **Transit œso-gastro-duodénal** : mise en évidence d'une anomalie anatomique - **Manométrie œsophagienne** : mise en évidence d'une anomalie fonctionnelle
TTT	**Mesures hygiéno-diététiques**		- **Réassurance** des parents - **Epaississement du lait** seulement si allaitement artificiel : **lait épaissi (AR)** ou **ajout d'un épaississant** - **Réduction du volume des biberons** si volumes trop importants - **Rot** en **position proclive ventrale** - Chez le nourrisson : - **Position dorsale de sommeil** - **Inclinaison proclive du berceau** (efficacité non prouvée) - Chez l'enfant : - Eviter : repas liquides avant le coucher, hyperpression abdominale, repas trop gras - **Inclinaison du lit** ➔ Chez le nourrisson avec RGO physiologique : RHD suffisantes
	TTT médicamenteux	**IPP**	= Action antisécrétoire puissante, dose-dépendante, plateau d'activité en 3 à 5 jours : - AMM > 1 an: - **oméprazole** 1 mg/kg/J (Mopral®) - **ésoméprazole** (Inexium®) - AMM > 12 ans : **pantoprazole** - Administration en 1 prise, avant le 1er repas de la journée - Sans effet sur les régurgitations
			Indication : - **Œsophagite érosive** prouvée par endoscopie (y compris < 1 an) - **RGO pathologique acide** authentifié à la pH-métrie - **Pyrosis mal toléré** de l'enfant et résistant aux RHD ➔ Les pleurs isolés ou un malaise en l'absence de RGO acide prouvé ne sont pas des indications de traitement empirique par IPP
		Autres	- **Dompéridone** (Motilium®, Péryds®) : inefficace dans le RGO de l'enfant - **Alginate** (Gaviscon®) en prise préprandiale : mesure adjuvante dans les régurgitations symptomatiques (efficacité contestée) - **Métoclopramide** (Primpéran®) : contre-indiqué chez l'enfant < 18 ans
	TTT chirurgical		= **Fundoplicature de Nissen** : exceptionnel chez l'enfant - RGO compliqué et rebelle au traitement médicamenteux (exceptionnel), ou sur terrain particulier (encéphalopathie sévère, hernie hiatale…)
Suivi			- **Efficacité du traitement** (régression des signes initiaux) : n'est pas une preuve formelle du rôle du RGO - Absence d'amélioration clinique ou survenue d'une complication : évaluer la compliance, rechercher un diagnostic différentiel (mérycisme) ou des facteurs intercurrents